

して、最も多い指摘である。ICDは国際的な死因統計が優先するという面を持つため、ICD-9時代からのこの構造を大きく変えることは困難と思われる。ただし、「インフルエンザを全身感染症に含むべき」などの意見は貴重である。

第2巻の注釈を読んでいないため、剣印で病因、星印で発現臓器を示す二重分類の知識欠如に由来する意見（病名入力画面・病名検索ソフトでは剣印と星印が表示・説明されないのだろう）が二重分類規則の問題として、提言されている。統計用には剣印を用いるよう定められていてもDPCではそれにこだわる必要はないのだが、一般の医師には判りにくいかも知れない。また、医師が通常使用するソフトウェアの改良も必要であろう。

白血病やリンパ腫の分類を代表にして、その他にも分類の時代遅れが多く指摘されたが、WHOが率先して最新の国際分類（コンセンサス）を取り入れるべきであろう。特に別項に挙げる、脳血管を含む循環器系の遅れも目立つ。かつ、細かい分類の困難な国・地域・病院も考慮しないとUnspecifiedやNECだらけになる可能性もある。どの領域においても、「. 8その他」、「. 9詳細不明」へと容易に分類されてしまうことへの不満が多い。Unspecifiedを「詳細不明」と和訳したことが誤解の根源であるという医師の意見は国内での改善を求めている。

糖尿病については、表現（病名）が時代遅れであるという指摘が多い。これに関しては、ICD-10日本語版発行当時はインスリン依存性・非依存性という呼称は一般的であった。今は1型、2型と呼ぶので表題を「1型、2型」に代え、「インスリン依存性・非依存性」を内容例示に移すのが適当である。ただし、現状でも第2巻のE10、E11の欄には「1型、2型」の内容例示があり混乱はないはずであり、中には医師のICDへの知識不足に起因するものもある。

脳卒中は患者数が多いにも拘らず、分類上は循環器系の末梢としての扱いへの不満とともに、次のような医学用語の定義の一部に誤ったものが含まれるとの複数の専門家からの指摘は正論であろう。一例を挙げると、ICDでは、「皮質下」とは大脳基底核等の深部脳内出血を、「皮質」とは脳葉出血を指すが、臨床医は「皮質下＝白質」、「皮質＝灰白質」と考えるのが一般的である。新生物に関しても、粒度（分類の細かさ）の問題を中心に提言が多い。「術後合併症、処置後障害の明確な区分が困難」という構造的問題への意見は診療情報管理士のみが指摘し、医師からはなかった。この事実、ICDへの認識の格差を物語っている。

「分類レベルに不整合があるか」については、疾患によって部位分類の細かさが違う問題が挙げられる。ルーツが死因分類であることから、重篤な感染症や悪性新生物などは元来部位が細かい。大改正にはなるが一つの考えとして、例えば新生物の部位は悪性、良性、上皮内、性状不明全部まとめて4桁表示する方法もあってよい。

4桁目や部位表現の不統一性、糖尿病における合併症の表現法への問題提起が多いが、二重分類規則への無理解も混在している。そもそも全ての病態を分類することは不可能である。総括して、専門医は細かく、門外漢は粗くてよいと考えている。ただ、その細分類が日本の現場での区別と一致しないのであればそれは何故なのかの検証が必要であろう。現在の細分類が国を越えて普遍的に不合理といえるのであれば、WHOに改訂を申請すべきである。

コード数に関しては、領域に対応した増減による整理を望むものの、必ずしも増加を歓迎していない。

2. ICD-10コーディング上の問題について

ある程度ICDの基本方針を理解はしているものの、これでは自分たちにもメリットがないので改良すべき、というものが含まれる。

DPC適用との不整合を問題とする意見が多いが、この事実は、解決に向けた方向が示されたものであり、非常に貴重なデータが得られたと考える。一方、DPCの問題とICDの問題との混同した意見は、ICDの本質に対する医師の理解不足に起因しているようである。

日本語訳についての不信はかなりあり、ICDに熱心な医師は必ず、原本（英語版）を参照しており、英語と日本語の併記への希望も強い。さらに、医師は学問的に有用な分類を好む傾向がある。このため学会による用語集を基礎に日本語訳を考えている。実際にはICD-10自体の用語も古いものがあり、逐語訳されたものも多く、現在のICD-10には古い訳そのものが遺残しているのも問題である。また、ICD-10の分類の中身自体も学問的な分類としては古くなりつつある。特に血液系、循環器系の病気に関してはそのことがいえる。

3. ICD-10の実務使用上の問題点について

臨床病名とコードの不一致については、必ずしもICDに精通していない医師による、コーディングを熟知していない意見があるのはやむを得ない。しかし、ICD分類と日常の臨床病名との乖離についての不満、ICD分類自体の不備についての不満、特にアップデートされていない点、強力な検索エンジンへの要望は強い。一方、一般医師としての認識は、はじめから正確なコーディングの努力を放棄している傾向が見られ、原因が明らかであっても「.9」にコーディングされる傾向が見られた。

新疾患概念のコード化に関して、白血病や新生物などの分類は、発展途上国の状況も考慮して、細分類されていないようであるが、この解決策として、ICD本体が日本の現状にそぐわないのであれば、大分類ではなく、4あるいは5桁の下位分類で工夫するしかないと思われる。この場合は、ICD-10JMなどを作るか、転換表（convert table）の作成が必要となろう。他方、病名検索についての意見が散見されたが、現在の紙ベースのものでは限界があり、今後はコンピュータ検索あるいはインターネットで検索できるシステムが必要である。総括として、今回かなりの施設でICDの運用に問題があると考えており、これらの意見がICD-10の改正やICD-11への改訂に取り上げられ、アップデートに反映されるためには、日本国として意見をとりまとめて提出するシステムの構築が必要となる。

索引表の検索については、これを知らず使わない医師が大半で、PC上で（真偽の定かでない）コードを決定している。文面からは市販ソフトの結果を鵜呑みしているようで、内容例示表の説明や除外条件を確認しているとは思えない。WHO・厚生労働省のお墨付きの検索システム（ソフト）の要望は強い。紙ベースでなくCD-ROMやWEB上での利用が求められている。提供する側からも、紙ベースでは困難を極める校正・アップデートが飛躍的に容易になるメリットも大きい。理想のイメージとしては、キーワードによる検索（PC、WEB上の検索エンジンを想定）が求められている。検索の様式としては、複数のキーワードによる検索や、ツリー構造による候補の絞り込みを想定しているようである。現在のICD-10 CD-ROM 版の検索表もハイパーリンクしているが不十分と思われる。見出し語は日本語だけでなく原語（英語）で、との要望も強い。また、

キーワード・見出し語としてもっと病名そのものを、という意見もある。翻訳そのままでもなく、日本独自の見出し語も検索表に加える必要がある。ただし、病名の追加を誰が決めるのかを決定し、翻訳語と追加語句を識別しないと次の改訂のときに問題が大きい。

4. ICD-10コーディングの教育上の問題点について

医師へのICD教育には、医師の70%以上が賛成するとはいえ慎重論が20%を占めるのは、ほぼ全員が期待している診療情報管理士との相違である。それでもこの数字は急性期特定機能病院を中心に、DPCを導入した施設ではICDを用いなければならない義務が生じたため、その教育の必要性が高まった証拠である。一方、教育上の基本的問題として、日本語の医学用語の不統一やICDにおける病名標準化の必要性などが指摘された。ICDという言葉さえ知らない医師がいるのも現実であり、卒前教育の中で基本概念を習得させ、臨床研修以降において実地的に使用させることで、ICDの浸透を図るべきという意見が本流を占めた。

E. 結論

全国の病院に勤務する医師のアンケート調査から、我が国におけるICDの位置付けや現状の把握することが出来た。特に、医療現場のICDをめぐる業務実態とICDに関する医師の認識度の傾向を知り得た。さらに、ICDをめぐる現在の課題に対する改善の提案が多く示された。コーディング上における日本語訳の問題、DPC適用との不整合の問題、実務使用上の索引表の問題、検索エンジン等の国内問題から先ず取り組み、引き続いて、ICDの構造的問題について国内合意の後に、WHOへの提言等の国際的取り組みへの方向性が示唆された。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

Ⅱ． 分担研究報告

2． ICD等の疾病分類使用の実態調査と関連する問題：

診療情報管理士アンケート調査

分担研究者：三木幸一郎、大井 利夫、島津 邦男

厚生労働科学研究費補助金（統計情報高度利用総合研究事業）
分担研究報告書

我が国の統計における死因及び傷病構造の把握精度の向上並びに
国際比較の可能性向上に関する具体的研究

分担研究者 三木幸一郎 北九州市立門司病院 内科部長
大井 利夫 社団法人日本病院会 副会長
島津 邦男 埼玉医科大学 神経内科教授

研究要旨

病院に勤務する診療情報管理士（または診療情報管理担当者）のアンケート調査から、我が国におけるICDの位置付けや現状、特に、ICDに関する医療現場の診療情報管理士等の業務実態と認識度を把握することが出来た。これにより得られたICDをめぐる現在の課題について、ICD-10の目的の一つでもある国際比較可能性の向上の観点から、臨床現場における実情に即した現実的な対応方策や、統計の中でのICDの役割を踏まえた改善策のための具体的な提言等を行うことを目的とした初年度研究を実施した。

研究協力者

阿南 誠 国立病院機構九州医療センター 医療情報部診療情報管理室室長
須貝 和則 昭和大学病院 診療録管理室主任
鳥羽 克子 国際医療福祉大学 医療福祉学部教授

A. 研究目的

「我が国の統計における死因及び傷病構造の把握精度の向上並びに国際比較の可能性向上に関する具体的研究」の初年度における分担研究の一環として、我が国における国際疾病分類（以下ICD-10）に関する諸問題と課題を、診療情報管理士に対するアンケート調査から検討することである。ICD-10の活用に関する現場の診療情報管理士の認識度および内在する問題とともに、個々の医療機関について、疾病統計とその精度向上を図るための課題を主たる調査の目的とする。

B. 研究方法

1) 調査対象施設：

調査対象施設は、310であり、その内訳は次のとおりである。

(1) 特定機能病院等：82

(2) DPC試行適用病院または単独型の臨床研修指定病院の中から、診療情報管理室があり診療情報管理士を有する病院：143

(3) 上記以外（1、2以外：以下同じ）であり「診療情報管理士指導者」を有する病院：6

- (4) 上記以外で日本病院会役員の在籍する病院：53
- (5) 上記以外で、日本診療録管理学会の評議員が在籍する病院：25
- (6) 上記以外で診療情報管理士通信教育委員会委員の在籍する病院：1

2) 調査対象者と回答方法：

上記1) に示す当該医療機関の担当医師、診療情報管理士または診療情報管理担当者に調査票(略)を郵送し、電子メールまたはFAXで回答を求めた。

3) 回答状況：

平成17年12月31日現在、回答施設数 198 (63.9%)

4) 調査項目：

調査項目は次に示すとおりである。

- (1) ICD-10の構造的問題について
- (2) ICD-10コーディング上の問題について
- (3) ICD-10の実務使用上の問題点について
- (4) ICD-10コーディングの教育上の問題点について
- (5) その他

これらの項目の下により具体的な質問(研究結果参照)を設けるとともに、各項目には、はい/いいえ等の選択肢の他に、具体的な意見記入欄を設けた。さらに、すべての意見を研究者が分担して、その内容を検討して評価した。

C. 研究結果

アンケートの調査内容、集計結果は別紙の通り。

全国310の医療機関の診療情報管理士(以下管理士と略)を対象に実施したアンケートで187名の管理士から回答を得た。設問はICD-10そのものの構造に関する問題、日本語版についての問題、コーディング作業に伴う問題、索引表を含む検索の問題及び教育の問題に及んだ。以下に回答を整理し、検討を加える。

診療情報管理士のアンケート結果と意見

(1) ICD-10の構造的問題について

(設問1-1)

ICD-10の分類体系に矛盾があると答えた管理士は133名(71%)を占め、ないと答えた管理士(41名、22%)の3倍以上であった。

コメントとして寄せられたものの例としては：

- ・新生物において、血管腫やリンパ腫など組織型のみで部位別でない
- ・食道の悪性新生物の4桁分類方式が複数存在する
- ・子宮や胃の新生物など、現実の部位分類と乖離している
- ・上皮内癌が悪性新生物と別になっている

- ・ 4桁目（. 9）に、合併症なしとNOS（詳細不明）が混在している
- ・ 桁ごとの意味が部位であったり原因であったり、整理されていない

などがあった。

（設問 1-2、1-3）

分類の細かさ、または粗さ（粒度）について問題があるとの回答は140名（75%）に上り、分類体系に対する回答と同様の比率であった。また、現行のコード数で足りるかとの間には、賛否が拮抗する医師と異なり過半数の管理士が肯定していたが、有意差は認められなかった。

分類が粗すぎるとされた例としては：

- ・ 肝硬変、続発性新生物、膵炎、処置後障害、脳の悪性新生物、神経変性疾患
- ・ リンパ腫や血管腫（部位が表示できない）
- ・ 左右、両側の表現ができない
- ・ 「その他の明示された（. 8）」に入れざるを得ないものが多い
- ・ 良性新生物も悪性と同じ粒度を持つべき
- ・ 重症度に関する評価の分類ができない（心不全、癌、呼吸器疾患など）

分類が細かすぎるとされた例としては：

- ・ 結核、肺炎（起炎菌別）、感染症全般、高脂血症、腎糸球体疾患
- ・ 心筋梗塞、骨粗鬆症
- ・ 精神疾患、感覚器疾患

などが挙げられていた。

（2） 日本語版および日本での運用の問題

（設問 2-1、2-3および3-1）

コーディングルールが現実にあっていない、または標準化されていないと回答した管理士は128名（68%）を占めた。また不適切な日本語訳については79名（42%）の管理士があると回答しており、具体的な指摘は多岐にわたっていた。また、臨床病名と日本語版ICD-10が一致せずコーディングに苦勞している管理士は140名（80%）に及んでいた。

具体的に寄せられた例としては：

- ・ 第1巻が判りにくい
- ・ 術後の取り扱い（既往か治療中か）
- ・ 特に悪性新生物の場合、再発・転移・術後状態・既往・寛解の区別
- ・ 二重分類の統計上の取り扱い
- ・ 主病名の採り方が病院ごとに統一されていない

日本語訳の問題としては：

- ・ 人名（Vater; Bowenなど）
- ・ 英語表記かドイツ語表記か、「・」（中点）の有無
- ・ NOSは詳細不明とは異なる
- ・ 異なる原語が同じ日本語訳になる（狭窄、H65における滲出性など）

ほか多数の具体例が寄せられた。

(設問 2-2)

特に、我が国の一部医療機関ですでに導入されている診断群別包括支払い方式(DPC)への適用に当たっては、DPCに関わる管理士92名中83名(90%)がコードの選択に難渋している。一方、コードの選択に困ったと回答した医師は110名中80名(73%)であり管理士の回答と有意な差が認められた。

寄せられたコメントには：

- ・MEDISの標準病名や病名くとICD-10で検索したコードが異なる
- ・MEDISの標準病名がすべてのICDを網羅していない
- ・ダブルコーディングの使い方
- ・ICD-10とDPCの粒度の差異
- ・「. 9」を避けるため、やむなく全然別の疾患のコードを付与した
- ・退院時RコードやZコードしか付与できない症例の扱い
- ・医師や看護師、医事事務員の理解不足

などがあった。

(3) 診療情報管理士業務の問題

(設問 3-3, 3-4)

コーディング作業にはICD-10第3巻(索引表)が必要であるが、索引表が効率的で判りやすいかとの設問に管理士の111名(59%)が否定していた。なお、この設問に回答しなかった医師が174名中の42名(24%)いたのに対し、コーディングの専門職である管理士で無回答は9名(5%)に過ぎず、医師と管理士との認識には有意な差がみられた。

寄せられたコメントとしては：

- ・どの語句で引き始めるか悩む
- ・キーワードを間違えると正しいコードにたどり着かない
- ・インデント(一で段下がりすること)が判りにくい
- ・頭から五十音順にならないか
- ・漢字でなくひらがな表記のことがある
- ・「病態をみよ」が多すぎる
- ・コンピュータ検索が便利
- ・病名そのもので検索できる方法がよい
- ・病院で導入した検索ソフトを用いているので第3巻は全く用いない

などがあり、一部には索引表そのものを否定するコメントさえあった。

また、管理士の164名(88%)が適切なコードが見つからなかった経験を持っており、96名(55%)に過ぎない医師よりも有意に多かった。

コーディングが困難なときの具体的解決法として寄せられたのは：

- ・地域レベルや周囲の診療情報管理士に問い合わせた

- ・メーリングリストやMEDISへの問い合わせ
- ・インターネット検索
- ・主治医に確認
- ・インターネットで問い合わせや確認ができるシステムを希望

などであった。

(4) ICD-10に関する教育の問題

(設問4-1)

医師の教育の中にICDに関する教育を取り入れることについての是非を問うたところ、管理士の179名(96%)が賛成していた。一方教育に賛成する医師は127名(73%)であり、管理士の意見と有意な差がみられた。

具体的な例として：

- ・DPCの導入にあたり ICD-10の知識が必要
- ・ICDの教育により、精度の高い病名が期待できる
- ・病名の標準化が必要
- ・世界標準の分類であり、死亡診断書記載にも必要
- ・病名集でなく分類のためであることの教育が必要

などたくさんコメントが届けられた。

D. 考察

構造的な問題については、臓器別分類と病理的分類の整合性や疾患によって粒度が異なること、4桁目の意味が不揃いであり、特に「その他の明示された一(8)」や「詳細不明・NOS(9)」の扱いを指摘する声が多かった。4桁目の扱いを統一するのは容易ではないが、基本方針として重要な意見と考えられる。

分類の粒度としては、我が国で一般になじみの薄い感染症系などで細かすぎるという意見があり、一方で腫瘍など細かい分類を求める声も少なくなかった。これは医療機関や診療科ごとに専門性が異なり、付与される病名の精緻さにICDがついていけない場合に管理士が感じるものと推測される。ただし、日本と他の先進国や開発途上国とで分類のニーズに差があることは承知しておくべきである。

また、左右や両側など統計的に意味があるか疑問な接頭語でも、診療報酬請求上必要なものをICDに求める声もあった。これはICDが統計目的以外に用いられるようになったためと考えられるが、ICDである以上日本の都合だけで決められるものではなく、諸外国でも同様の事情があるのか勘案すべきであろう。

場合によってはICD本来の体系を崩さずに日本独自の5ないし6桁コードを追加するなどの方法を検討すべきかも知れない。

日本語訳については、人名の訳や、英語かドイツ語表記かによる表現、同じ日本語訳になる異

なる原語の意味の違いの指摘があった。これは索引や内容例示表に原語を併記することによって、ある程度解決可能と考えられる。また、第1巻が難しいとの指摘もあったが2003年版である程度改善されたものと思われる。

DPCとの関わりについては、RやZコードの扱いやダブルコーディングにおける疾患と発現部位の問題など、従来の疾病統計・死因統計のルールと異なる取扱いに関するとまどいの声が多かった。さらにICDに精通していない医師がDPCに絡んでコードを付与する医療機関が多いたく、混乱に拍車を掛けている様子がみてとれた。

一方で、ICD-10そのものとMEDIS病名マスターや「病名くん」などのICD-10準拠を謳うソフトウェアとを混同している管理士が、医師ほど多くはないにしても散見された。これは、管理士の資格修得前の教育と卒後現場での病名検索・コーディング環境が大きく異なること、資格修得後の日が浅いために索引表を十分使いこなせない管理士が多いためであろうと推測される。

コーディングという作業には検索が必須であるが、概して現行の第3巻（索引表）は使いにくいと認識されている。先に述べたように、資格習得前の教育と卒後現場での病名検索・コーディング環境が大きく異なり、日常業務がもっぱらコンピュータ管理になっていること、卒後間もない管理士が多く索引表を十分使いこなせないためであろうと考えられる。そのため、いきおいICD-10準拠を謳うソフトウェアに頼りがちになって、画面上のコードの正否についての吟味がおろそかになっているのではないかと危惧される。

現在の索引表の内容を越えて病名そのもので検索できる索引システム、インターネットでの検索システムおよび公的な問い合わせ窓口の整備が望まれる。

医師へのICDの教育については賛成する意見が圧倒的であった。医師がコードそのものを熟知する必要はないが、ICDが病名集ではなく分類体系であること、どのように病名を記載すれば精緻なコーディングができるのかを医師が知っておく必要があるのは当然である。現場の管理士が不正確な病名に悩んでいる姿が目につかぶ。さらに、DPCの導入に従って医師がコード付与に関わる状況もあり、この面でもさらなる教育が必要と考えられる。

卒前教育は文部科学省の管轄であるが死亡診断書を扱うのは厚生労働省であり、正確な死因統計のためにもICDに関する医師への教育に厚生労働省がより関わっていく価値があると思われる。

E. 結論

本年度は診療情報管理士へのアンケート調査を通じて、ICDに関する日本での諸問題を拾い上げることができた。

正確なコードを得るためには問題が山積しているのが現状といえる。この状況で死因統計や疾病統計に用いられる病名が正しく記載されているのか注目される。来年度は調査協力病院に依頼して、死亡診断書と実際の診療記録と付与された病名を対比することで、統計精度の向上に貢献できるものとする。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

資料

国際疾病分類(ICD-10)の諸問題に関するアンケート調査

- ・調査票（医師用、診療情報管理士用）
- ・アンケート集計結果（医師・診療情報管理士）

病院長各位

国際疾病分類（ICD-10）の諸問題に関する調査へのご協力をお願い

突然のお願いで失礼いたします。

近年医療機関の機能分析や疾病構造の解析において、疾病分類と統計の精度向上が問題となっております。その際に用いられる国際疾病分類（ICD-10）はまた、特定機能病院などにおけるDPCにおいても必須のものであり、その重要度はますます高まっています。

日本語版ICD-10は、2005年10月7日に2003年版改正が官報告示され、来年1月1日から施行されることになりました。しかしながら、ICD-10についてはまだまだ問題が山積しているのが現状であります。

厚生労働科学研究事業「我が国の統計における死因及び傷病構造の把握精度の向上並びに国際比較の可能性向上に関する具体的研究」（主任研究者：山本修三、日本病院会会長・済生会神奈川県病院名誉院長）においては、国際疾病分類（ICD-10）の構造や内容についての問題を拾い出し、個々の医療機関から国際比較に至るまでの死因統計を含む医療に関する統計の精度向上を図るための研究を行うこととなりました。

本調査は、ICD-10をより良くし、世界に貢献することを目的として、国内の主要医療機関において、日頃よりICD-10を業務でお使いの方々には様々な観点からICD-10に関わる問題点を指摘していただき、この研究の基礎資料とするものです。調査結果は、ご協力いただいた方々に還元することをお約束いたします。

ご多忙中誠に恐れ入りますが、本調査の趣旨をご理解いただき、ご協力下さいますようよろしくお願い申し上げます。

具体的には、貴院にて日頃ICD-10を用いる業務に携わっておられる診療情報管理士の方（若しくはそれに準じてICD-10に精通しておられる方）、及び診療情報管理や院内疾病統計に関わっておられる医師の方に、それぞれの調査票（診療情報管理士用と医師用の2種類の調査票がございます）へのご回答をお願い申し上げます。平成17年11月9日までに返送していただきたく、ご協力をお願い申し上げます。

※ 調査票は、原則としてe-mailによるご返送をお願い申し上げます。

・調査票の入手： ①・②のいずれかを選択して下さい。

① URL（www.sinryoroku.jp/kaken-chosa/）から調査票を直接ダウンロードする。

② e-mail アドレス（kaken@sinryoroku.jp）宛に調査票請求のメールを送り、その返信にて調査票を受領する。

・調査票の返送： 回答記入後、上記e-mailアドレス宛に送信して下さい。

（* e-mailによる返送が不可能な場合には、同封の調査票に記入後、下記Fax宛にご返送をお願い致します。）

なお、本調査につきまして、ご質問などございましたら、下記までご連絡下さい。

〒102-8414 東京都千代田区一番町13-3 日本病院会内

厚生労働科学研究事業「我が国の統計における死因及び傷病構造の把握精度の向上並びに国際比較の可能性向上に関する具体的研究」研究班 担当事務局宛（担当者・島崎）

Tel: 03-3265-1281

Fax: 03-3265-1282

e-mail: jhaicd@sinryoroku.jp

調 査 票 （ 医 師 用 ）

※ この調査票は、医師の方にご記入をお願い致します。

※ 記入欄が足りない場合は、別紙にご記入の上、調査票と併せてご返送下さい。

回答者 施設名(所属・役職名): _____ (_____)

ご氏名 : _____ * 不都合な場合は、いずれも空欄で構いません。

本調査によって収集させていただいた個人情報については、

1. 本調査を円滑に実施するために必要な措置を行うため
2. 今後の研究班活動における協力のご依頼等、診療情報管理に関わる調査業務の案内・照会を行うため
3. 本調査結果を含め、研究班活動に関する情報提供を行うため

を目的として利用いたします。

また、下記の場合を除き、収集した個人情報は基本的には第三者に開示または提供致しません。

1. 情報の主体者であるご本人の同意がある場合。
2. 事前に守秘義務契約を締結した外部の事業者にも業務の一部または全部を委託する場合。
3. 法的な命令等により個人情報の開示が求められた場合。
4. 本調査の依頼主である厚生労働省より、情報提供の申し出があった場合。

※ なお、当該個人情報の情報主体者であるご本人から、提供の停止について求めがあった場合はこれを停止します。

1. ICD-10の構造的問題について

例えば、部位別に分類されるものと組織型などで分類されるものが混在していることなど、日頃から感じているICD-10の構造そのものに対する疑問や意見をお聞かせ下さい。その場合、具体的な改善方法を提案していただくと参考になります。

- ICD-10 の分類体系に矛盾点がある、とお考えですか？ 例えば、部位別と組織型、などの分類が混在することや、分類の考え方が全章統一されていないことは、問題があると思われませんか？

[はい いいえ]

ご意見記入欄:

- 分類のレベルが粗いコードについて、問題があると思いますか？ また反対に、分類レベルが細かいコードについて、疑問を感じることはありますか？

[はい いいえ]

ご意見記入欄(それは具体的にどのような問題でしょうか?):

- ICD-10 で分類可能なコードの数は、現状で足りると思われませんか？

[はい いいえ]

ご意見記入欄:

- 其他のご意見記入欄:

2. ICD-10コーディング上の問題について

疾患名からICD-10のコードを選ぶ際などに感じておられるICD-10コーディングについての問題点・疑問点を述べてください。具体的にこのICDコードは？ということでもいいですが、できれば、コードを選ぶ上で混乱しやすい問題点などをお知らせ下さい。

- コーディングルールが現実には合っていない、または標準化されていない、と思われませんか？

[はい いいえ]

ご意見記入欄(どこに問題があると思われませんか?):

- DPCへの適用にあたって、コードの選択に困ることや疑問に思うことはありますか？

[はい いいえ DPC適用対象外の施設]

ご意見記入欄(具体的に何が問題ですか?):

- 日本語訳について、不適切と思われる用語はありますか？（過去に気付いたことはありますか？）

[はい いいえ]

ご意見記入欄（具体例を挙げてください）：

- 其他のご意見記入欄（具体的に例を挙げてください）：

3. ICD-10実務使用上の問題点について

ICD-10を利用していく上で留意すべきと考えておられることや使用していく上でこんなICD-10であればいいのに、ということなど提案も含めて、使用上の問題点・疑問点がありましたらお聞かせ下さい。

- 臨床病名と日本語版ICD-10が一致せず、妥当なコードが見つからないことはありますか？

[はい いいえ]

ご意見記入欄（具体的に例を挙げてください）：

- 新たな疾患概念をICD-10でコーディングする際、コードの決定は容易にできますか？

[はい いいえ]

ご意見記入欄（具体的に例を挙げてください）：

- 索引表（第3巻）を用いて行うコード検索は、効率的でわかりやすいものと思われませんか？

[はい いいえ]

ご意見記入欄（どんな検索方法が効率的か、具体的に挙げてください）：

- コーディングの疑問が解決できなかったご経験はありますか？そして、その時はどうしましたか？
[はい いいえ]
ご意見記入欄(疑問解決のための方法や希望を、具体的に挙げてください)：

- 其他のご意見記入欄(具体的に例を挙げてください)：

4. ICD-10コーディングの教育上の問題点について

ICD-10に精通している(べき)診療情報管理士(または診療情報管理業務を行っている職員)の養成・生涯教育や、医師とICD-10との関わり、などについて感じておられる課題・希望などがありましたらご提案下さい。

- 医師の医学教育の中に、ICDについての教育を取り入れることに賛成されますか？
[はい いいえ]
ご意見記入欄：

- 其他のご意見記入欄(具体的に例を挙げてください)：

5. その他

診療情報管理業務(特にICD-10と関連して)において医師を初め他の職種に対する働きかけや診療報酬との関わりなど、自由に意見を述べてください。

- ご意見記入欄(具体的に例を挙げてください)：

医学的に問題があると思われる、ICD-10の項目について、自由に御意見をお書き下さい。
記載された方には、さらにご意見を伺うことがありますので、よろしくご協力をお願い致します。

調 査 票（診療情報管理士用）

※ この調査票は、診療情報管理士（若しくはそれに準じてICD-10に精通しておられる方）にご記入をお願い致します。

※ 記入欄が足りない場合は、別紙にご記入の上、調査票と併せてご返送下さい。

回答者 施設名(所属・役職名): _____ (_____)

ご氏名 : _____ * 不都合な場合は、いずれも空欄で構いません。

本調査によって収集させていただいた個人情報については、

1. 本調査を円滑に実施するために必要な措置を行うため
2. 今後の研究班活動における協力のご依頼等、診療情報管理に関わる調査業務の案内・照会を行うため
3. 本調査結果を含め、研究班活動に関する情報提供を行うため

を目的として利用いたします。

また、下記の場合を除き、収集した個人情報は基本的には第三者に開示または提供致しません。

1. 情報の主体者であるご本人の同意がある場合。
2. 事前に守秘義務契約を締結した外部の事業者にも業務の一部または全部を委託する場合。
3. 法的な命令等により個人情報の開示が求められた場合。
4. 本調査の依頼主である厚生労働省より、情報提供の申し出があった場合。

※ なお、当該個人情報の情報主体者であるご本人から、提供の停止について求めがあった場合はこれを停止します。

1. ICD-10の構造的問題について

例えば、『NEC』が全て『. 8』にはなっていない、『NOS』の全てが『. 9』という形になっているわけではないことや部位別に分類されるものと組織型などで分類されるものが混在していることなど、日頃から感じている、ICD-10の構造そのものに対する疑問や意見を述べてください。その場合、具体的な改善方法を提案していただくと参考になります。

- ICD-10 の分類体系に矛盾点がある、とお考えですか？ 例えば、部位別と組織型、などの分類が混在することや、分類の考え方が全章統一されていないことは、問題があると思われませんか？

[はい いいえ]

ご意見記入欄:

- 分類のレベルが粗いコードについて、問題があると思いますか？ また反対に、分類レベルが細かいコードについて、疑問を感じることはありますか？

[はい いいえ]

ご意見記入欄(それは具体的にどのような問題でしょうか?):

- ICD-10 で分類可能なコードの数は、現状で足りると思われませんか？

[はい いいえ]

ご意見記入欄:

- 其他のご意見記入欄:

2. ICD-10コーディング上の問題について

疾患名からICD-10のコーディングをする際などに感じておられる問題点・疑問点を述べてください。具体的にこのICDコードは？ということでもいいですが、できれば、コーディングをする上で混乱しやすい問題点などを書いて下さい。

- コーディングルールが現実に合っていない、または標準化されていない、と思われませんか？

[はい いいえ]

ご意見記入欄(どこに問題があると思われませんか?):

- DPC への適用にあたって、コードの選択に困ることや疑問に思うことはありますか？

[はい いいえ DPC適用対象外の施設]

ご意見記入欄(具体的に何が問題ですか?):

- 日本語訳について、不適切と思われる用語はありますか？（過去に気付いたことはありますか？）

[はい いいえ]

ご意見記入欄(具体例を挙げてください)：

- 其他のご意見記入欄(具体的に例を挙げてください)：

3. ICD-10実務使用上の問題点について

実務において、ICD-10を利用していく上で留意すべきと考えておられることや使用していく上でこんなICD-10であればいいのに、ということなど提案も含めて、実務使用上の問題点・疑問点を述べてください。

- 臨床病名と日本語版ICD-10が一致せず、妥当なコードが見つからないことはありますか？

[はい いいえ]

ご意見記入欄(具体的に例を挙げてください)：

- 新たな疾患概念をICD-10でコーディングする際、コードの決定は容易にできますか？

[はい いいえ]

ご意見記入欄(具体的に例を挙げてください)：

- 索引表(第3巻)を用いて行うコード検索は、効率的でわかりやすいものと思われませんか？

[はい いいえ]

ご意見記入欄(どんな検索方法が効率的か、具体的に挙げてください)：